

**Aan** Ministerie van VWS  
**Van** Zorgverzekeraars Nederland  
**Datum** 4 april 2023  
**Ons kenmerk** FS-23-316  
**Onderwerp** ZN-inbreng internetconsultatie Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft kennis genomen van het plan van het kabinet om het eigen risico in de Zorgverzekeringswet aan te passen. Het voorstel gaat uit van de invoering van een maximale inhouding op het eigen risico van de verzekerde van 150 euro per prestatie in de medisch-specialistische zorg. Graag reageren wij op dit voorstel.

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM Zeist  
030 698 8911  
info@zn.nl  
www.zn.nl

### **Verzekerden hebben baat bij een stabiel en eenvoudig eigen risico:**

- Zorgverzekeraars krijgen sinds de invoering in 2008 stevast vragen van verzekerden over het eigen risico. Bijvoorbeeld over de hoogte van het bedrag, over de zorgnota waar het eigen risico van toepassing op is, of over het treffen van een betalingsregeling.
- Opvallend is dat veel verzekerden denken dat het eigen risico het beleid is van de zorgverzekeraar. Echter, zorgverzekeraars zijn bij wet verplicht om het eigen risico bij verzekerden te innen. De manier waarop het eigen risico wordt vormgegeven, is een politieke keuze.
- In Nederland betalen mensen – vergeleken met andere Europese landen – weinig eigen bijdragen in de zorg<sup>1</sup>. Toch kan het betalen van een eigen bijdrage (zoals het eigen risico) voor mensen een financieel probleem opleveren, bijvoorbeeld door een onverwachte stapeling van eigen bijdragen. Zorgverzekeraars constateren dat het bij verzekerden sneller mis kan gaan als een eigen bijdrage onvoorspelbaar is of als de regels onduidelijk en veranderlijk zijn.
- Opvallend is dat – sinds het eigen risico in 2016 is 'bevroren' op 385 euro – minder verzekerden bezwaar maken tegen de hoogte van het eigen risico. Wij vermoeden dat verzekerden enigszins 'gewend' zijn geraakt aan de stabiele hoogte van het eigen risico. Dit onderstreept het feit dat verzekerden baat hebben bij eigen bijdragen die stabiel en eenvoudig zijn.

### **Is het slim om het eigen risico complexer te maken?**

Het aanpassen van het eigen risico is een keuze van de wetgever. Zorgverzekeraars stellen vast dat de maatregel technisch lastig uitvoerbaar is. Het gaat naar verwachting gepaard met extra administratieve lasten en hogere incasso- en uitvoeringskosten. Onze grootste zorg is dat de maatregel niet zo zeer slim is, maar vooral complex. Zorgverzekeraars vrezen dat verzekerden door de aanpassing van het eigen risico meer moeite gaan krijgen om hun rekeningen van het eigen risico te begrijpen. Ook zorgverleners in het ziekenhuis kunnen vragen verwachten van hun patiënten. De gewenste gedragseffecten en financiële opbrengsten die het kabinet bij de maatregel noemt, zijn naar verwachting onzeker en beperkt. Wij wijzen u op een aantal risico's bij het voorstel van het kabinet om het eigen risico aan te passen:

<sup>1</sup> [OECD – Focus on out-of-pocket spending: access to care and financial protection - 2019](#)

## 1. Dbc's, dubbele declaraties en uitzondering verwarrend voor verzekerde

Door het aanpassen van het eigen risico zullen verzekerden te maken krijgen met nieuwe regels die niet goed aansluiten bij hun verwachtingen over wat wel/niet onder de maatregel valt. Wat is wel/niet een behandeling in het ziekenhuis waarvoor slechts 150 euro eigen risico betaald moet worden? Zorgverzekeraars verwachten veel verwarring bij verzekerden over het volgende:

- In de tekst van de internetconsultatie staat: **'Met deze wijziging geldt vanaf 2025 een maximumbedrag van € 150 per behandeling voor medisch-specialistische zorg.'** Dit is onjuist. Het eigen risico wordt geïnd op basis van een dbc-prestatie. Wanneer een verzekerde wordt geïnformeerd dat er een maximale inhouding is van het eigen risico van 150 euro per behandeling, dan is dat een bron voor verwarring. Een dbc-prestatie is in de praktijk niet altijd hetzelfde als wat de verzekerde ervaart als één behandeling.
- Het is ook niet zo dat verzekerden in alle gevallen maximaal 150 euro eigen risico betalen voor medisch specialistische zorg. Zo geldt voor een bezoek aan de psychiater in het ziekenhuis geen maximum van 150 euro per dbc-prestatie.
- Als een patiënt tijdens een reguliere behandeling in het ziekenhuis onverhoopt moet worden opgenomen op de Intensive Care, of er moet een ander specialisme worden ingeschakeld, dan opent het ziekenhuis een tweede dbc-prestatie. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verplicht is om voor elke dbc-prestaties 150 euro eigen risico bij de verzekerde te innen. Een verzekerde krijgt dus twee keer een rekening van 150 euro, terwijl deze het waarschijnlijk beschouwt als één behandeling/opname.

Zorgverzekeraars kunnen dit straks niet aan verzekerden uitleggen. Hoe leggen we een verzekerde bijvoorbeeld uit dat een opname van een week in het ziekenhuis (1 dbc) minder eigen risico kost dan twee poliklinische bezoeken bij verschillende specialismes (2 dbc's)? Een ander voorbeeld: het trekken van twee kiezen door een kaakchirurg tijdens één bezoek. Dit zijn twee dbc-prestaties, waardoor de eigen bijdrage twee keer 150 euro zal worden. De verzekerde zal dit waarschijnlijk als één behandeling zien en een bijdrage van 150 euro verwachten.

In de huidige situatie doet dit probleem zich niet voor omdat het eigen risico direct en zonder tussenstappen bij de verzekerde in rekening wordt gebracht tot een maximum van 385 euro. Bij een bezoek aan het ziekenhuis bereikt een verzekerde vaak direct dit maximum en ontvangt eenmalig een nota van de zorgverzekeraar.

## 2. Onzekerheid over keuzes patiënten en financiële gevolgen

Volgens het kabinet heeft de voorgestelde aanpassing van het eigen risico een remmende werking op het zorggebruik. Naar de mening van het kabinet worden patiënten zo langer geprikkeld om na te denken of een nieuwe behandeling noodzakelijk is. Dat het verplicht eigen risico een remmende werking op zorggebruik heeft, is wetenschappelijk bewezen. Er is echter onzekerheid over het remgeldeffect door het aanpassen van het eigen risico.

- **Zorgverzekeraars hebben bedenkingen bij de beoogde remgeldeffecten als het eigen risico wordt 'opgeknipt'. Over het algemeen werkt het remgeldeffect het sterkst bij aanvang van een zorgvraag. In het voorstel verwacht het kabinet een remgeldeffect bij patiënten die al in behandeling van het ziekenhuis zijn (geweest). Zorgverzekeraars zijn benieuwd op basis van welke gronden het kabinet verwacht dat patiënten gaan afzien van een vervolgbehandeling of een andere behandeling in het ziekenhuis.**

- Uiteraard zijn zorgverzekeraars voorstander van passende zorg en moeten we onnodige behandelingen in het ziekenhuis voorkomen. Onduidelijk is of de maatregel passende zorg bevordert of dat het gaat leiden tot ongewenste zorgmijding. Het omgekeerde kan ook: patiënten laten kleine ingrepen of diagnostisch onderzoek vanwege het lagere eigen risico juist in het ziekenhuis uitvoeren in plaats van in de eerstelijnszorg. Dit kan het gebruik van 'duurdere' zorg bevorderen.

De opbrengst van dit zogenaamde remgeldeffect wordt door het ministerie geraamd op 300 miljoen euro. De verwachting is verder dat ongeveer 1 miljoen verzekerden gemiddeld 100 euro minder eigen risico gaan betalen (een lagere opbrengst van het eigen risico van 100 miljoen euro).

- Per saldo verwacht het ministerie dus een netto opbrengst van 200 miljoen euro door het eigen risico aan te passen. Indien de netto opbrengst van 200 miljoen euro niet wordt gehaald, leidt dat tot een stijging van de zorgpremie.
- Chronische zieken hebben overigens geen baat bij de maatregel. Zij zullen in de praktijk vanwege het hoge zorggebruik alsnog het maximale eigen risico betalen van 385 euro per jaar.

### 3. Onderscheid verplicht en vrijwillig eigen risico nu geen probleem

In de huidige situatie is de uitvoering van het verplicht en vrijwillig eigen risico geen probleem. Als een verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan merkt deze niets van het onderscheid tussen het verplichte en het vrijwillige deel. **In de nota van toelichting van het ministerie van VWS staat een voorbeeld dat duidelijk laat zien dat een verzekerde straks een versnipperd eigen risico betaalt met meer losse bedragen en meer nota's.**


*Indien een verzekerde met een vrijwillig eigen risico van € 500 in een kalenderjaar eerst een kno-arts bezoekt (stel: dbc kost € 200), vervolgens een neuroloog (stel: dbc kost € 400) en vervolgens een kaakchirurg (stel: dbc kost € 450), betaalt hij voor de kno-arts aan verplicht eigen risico € 150 en aan vrijwillig eigen risico € 50, voor de neuroloog aan verplicht eigen risico € 150 en aan vrijwillig eigen risico € 250 en voor de kaakchirurg aan verplicht eigen risico € 85 en aan vrijwillig eigen risico € 200. Nota van toelichting, p. 17.*

### 4. Indexering eigen risico geldt ook voor maximum van 150 euro

In principe wordt het eigen risico jaarlijks geïndexeerd. Dit betekent dat het eigen risico elk jaar evenredig stijgt met de stijging van de totale zorgkosten. Sinds 2016 heeft de wetgever het verplicht eigen risico 'bevoren' op 385 euro.

- In het geval dat de wetgever het eigen risico weer gaat indexeren, dan is dat ook van toepassing op het maximum van 150 euro per prestatie in de medisch-specialistische zorg. Verzekerden moeten dan jaarlijks wennen aan twee nieuwe maximum bedragen voor het eigen risico. De ervaring van zorgverzekeraars uit het verleden is dat het jaarlijks aanpassen van het eigen risico voor veel verzekerden leidt tot ongenoegen en verwarring.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland



Mevrouw P.H. van Holst-Wormser  
Algemeen directeur